

8XXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2XZ9年Z9月Z9日
 <被保険者本人様用>

#9999999999

兵庫県後期高齢者医療広域連合

負担割合差額申請の提出について(ご案内)

平素は、後期高齢者医療広域連合給付業務にご協力いただきありがとうございます。
 この度、医療機関等の受診の際にご負担いただいた一部負担金について、本来の負担割合(1割または2割)より高い割合(2割または3割)でご負担されているものがありました。
 つきましては、一部負担金の差額分を支給いたしますので、同封の申請書類に記入のうえ、「返信用封筒」に入れてご返送いただくか、市(区)町の後期高齢者医療担当窓口に申請していただきますようお願いいたします。申請月から約3カ月後にご指定の振込口座に支給額を振込する予定ですが、振込の際には、当広域連合から「支給決定通知書」を別途送付して振込日をお知らせします。
 なお、今回のご案内は、診療報酬明細書をもとに2XZ9年Z9月Z9日時点で確認できた診療年月分のみですので、ご了承ください。

記

1. 被保険者番号 8XXXXXXXX
2. 被保険者氏名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
3. 支給予定額 Z,ZZZ,ZZZ,ZZ9円
4. 内 訳 申請書裏面参照
5. 提出していただくもの
 「後期高齢者医療療養費支給申請書」【別紙1】
 * 振込口座の名義人が被保険者本人以外の場合は、委任状が必要ですので「委任状」【別紙2】に記入のうえ、被保険者本人確認書類(後期高齢者医療被保険者証の写し)の添付をお願いします。

ご注意下さい

- * 本状の再発行はできませんので、ご了承ください。
- * すでに医療機関等で差額分を返金いただいている方、もしくは行き違いで負担割合差額申請がお済みの方は、申請の必要はありません。

6. 問い合わせ先 兵庫県後期高齢者医療広域連合 給付課(コールセンター) 078-326-2023